

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 70-ой научной сессии сотрудников университета

28-29 января 2015 года

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431
Д 70

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

Заместитель редактора:

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

Редакционный совет:

Профессор В.Я. Бекиш, профессор Г.Н. Бузук, профессор С.Н. Занько,
профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова,
д.п.н. З.С. Кунцевич, д.м.н. Л.М. Немцов, профессор В.П. Подпалов,
профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов,
доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова,
доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик,
доцент Т.Л. Оленская, профессор А.Н. Щапакова, д.м.н. А.В. Фомин.

ISBN 978-985-466-695-2

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431

ISBN 978-985-466-695-2

© УО “Витебский государственный
медицинский университет”, 2015

на 23,4% по сравнению с показателем до операции ($p < 0,01$) и на 35,0% по сравнению с показателем на 7-10 сутки послеоперационного периода ($p < 0,001$).

Выводы. У пациенток пременопаузального возраста после двустороннего удаления яичников по мере увеличения продолжительности послеоперационного периода наблюдается нарастание эндотелиальной дисфункции, максимально выраженной к 12 месяцам после операции.

Литература

1. Беляева, Л.Е. Гинекологическая эндокринология: патофизиологические основы / Л.Е. Беляева,

В.И. Шебеко. – Витебск : ВГМУ, 2009. – 256 с.

2. Модифицированный метод определения NO^3 и NO^2 с помощью цинковой пыли в присутствии аммиачного комплекса сульфата меди / И.С. Веремей, А.П. Солодков, С.С. Осочук // Дисфункции эндотелия: экспериментальные и клинические исследования : труды респ. науч.-практ. конф., Витебск, 16–17 нояб. 2000 г. / Вит. гос. мед. ун-т, редкол.: А.П. Солодков [и др.]. – Витебск, 2000. – С. 112–15.

3. Клинические и метаболические последствия хирургической и естественной менопаузы и их гормональная коррекция / Л.В. Аккер [и др.] // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2007. – Т. 7, № 1. – С. 46–52.

ОСОБЕННОСТИ СБОРА АНАМНЕЗА ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ГЭРБ

Котлярова В.В., Пчельников Ю.В., Лялькова В.П.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Отмечается существенный рост патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей. Причем, отмечается четкая тенденция к нарастанию частоты гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Видимо поэтому группа экспертов ВОЗ образно назвала ГЭРБ «болезнью 21 века».

Гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) - наиболее частое моторное нарушение верхнего отдела ЖКТ. При значительном снижении тонуса нижнего пищеводного сфинктера и дефектах антирефлюксной защиты возникают различные внепищеводные «маски» ГЭРБ. Отмечено, что внепищеводная симптоматика ГЭРБ весьма многолика и в ней чаще выделяют группы симптомов относящихся к бронхолегочным, оториноларингологическим, кардиологическим (боли в сердце, нарушения ритма) и стоматологическим (эрозии эмали зубов, кариес, пародонтиты) заболеваниям.

Респираторные нарушения выявляются более чем у половины (50%) детей с ГЭРБ: у них появляется навязчивый кашель, нарушения дыхания, особенно по ночам, симптомы ларингита, трахеобронхита, синдром бронхиальной обструкции. По нашим данным рецидивирующие бронхолегочные и оториноларингологические заболевания при ГЭРБ регистрируются еще чаще - у 66% детей.

Мы в своей работе используем разработанный нами опросник, помогающий целенаправленному сбору анамнеза. Детализированные вопросы, которые задаются родителям, позволяют не упустить «мелочей» и заподозрить ГЭР, как причину респираторной патологии и бронхиальной обструкции в частности.

1. Повышен ли у ребенка рвотный рефлекс (легко вызывается при каких-либо провоцирующих обстоятельствах, срыгивания после рождения, продолжавшиеся в течение первого месяца жизни и более),

2. Продолжительность респираторного заболевания (приступа, рецидива), несмотря на лечение, более 10 дней.

3. Изменение голоса (охриплость, осиплость), грубый лающий кашель.

4. Неприятные ощущения в горле.

5. Ребенок спит на животе, занимает другую вынужденную позу, а при кашле садится.

6. Основные проявления болезни возникают ночью (кашель, одышка, боли в животе, температура).

7. Первым признаком очередного заболевания является кашель.

8. Ночной сон может прерываться внезапным приступообразным кашлем и свистящим дыханием.

9. Приступообразный кашель прекращается, если ребенок пьет жидкость (молоко, воду, чай).

10. Отмечается повышенная потребность в воде ночью, вечером.

11. Заболевание сопровождается обструкцией, ларингитом.

12. Частота заболевания 4 и более раз в году.

13. Склонность к неустойчивому стулу: запоры сменяются кратковременными поносами.

14. Жалобы на боли в животе, тошноту, икоту.

15. Обложенный язык, неприятный запах изо рта (halitosis).

16. Во время еды случается поперхивание, дисфагия, после еды отрыжка (отрыжка в положении лежа, при наклонах туловища). Возможно пассивное поступление желудочного содержимого в пищевод и полость рта (руминация).

17. Кашель приступом возникает через 2-3 часа после обильной еды.

18. Изжога, большое количество слюны во рту. Одинофагия (боль при прохождении пищи по пищеводу, из-за воспаления на слизистой).

19. Извращение вкуса.

20. Эпизоды апноэ во время сна.

Следует учитывать, что в отличие от взрослых, у которых самым частым симптомом является изжога, дети до 5 летнего возраста ее идентифицировать не могут.

При положительных данных анамнеза и характерных клинических проявлениях необходимо провести обследование, которое включает:

1. Общий анализ крови.
 2. Кал на скрытую кровь.
 3. Биохимический анализ крови.
 4. УЗИ органов брюшной полости.
 5. ЭКГ.
 6. Эзофагогастродуоденоскопия. (Помним, хотя ФГДС - «золотой стандарт» диагностики рефлюкс-эзофагита и проводится с прицельной биопсией, его информативность-50%.
 7. Внутривидеоводная рН-метрия. (Информативность к 100%).
 8. Спирометрия; бронхопровокационные пробы с физической нагрузкой, физиологическим раствором, гистамином, метахолином;
 9. Рентгенография легких (по показаниям).
 10. Аллергообследование (общее и специфическое).
- Выводы.** Таким образом, педантично собранный анамнез позволяет в «новом» свете оценить

клинические данные, целенаправленно и детально провести обследование и грамотно разработать меры по профилактике и лечению *респираторной патологии* микроаспирационного генеза.

Литература

1. Бельмер, С.В. Функциональные нарушения верхнего отдела пищеварительной системы у детей / С.В. Бельмер, Т.В. Гасилина // Рос. мед. Журнал. - 2001. - №5. - С.50-54.
2. Заболевания респираторного тракта у детей, ассоциированные с гастроэзофагеальным рефлюксом / В.Ф. Приворотский [и др.] // Рос. мед. журн. - 2004. - № 3. - С. 70-76.
3. О связи хронической микроаспирации и гастроэзофагеального рефлюкса у детей с респираторной патологией / А.Б. Филимонов [и др.] // Педиатрия. - 1990. - № 3. - С. 20-23.

ЭТАПНАЯ СХЕМА ДИАГНОСТИКИ, ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ

Лысенко О.В., Смирнова И.В., Рождественская Т.А., Хотетовская Ж.В., Дедуль М.И.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ) до настоящего времени не утратили своей актуальности, поскольку являются наиболее распространенными гинекологическими заболеваниями. Этот факт подтверждается также пристальным интересом к этой проблеме многих исследователей, о чем свидетельствуют многочисленные публикации и секции на конференциях и конгрессах, посвященные данной тематике [1-4].

Цель. Оптимизировать стратегию ведения пациенток с ГПЭ.

Материал и методы. Разработанная схема базируется на результатах обследования и лечения 351 женщины (146 пациенток репродуктивного возраста; 113 женщин – пременопаузального и 92 – постменопаузального возраста).

Результаты и обсуждение. С целью повышения эффективности лечения нами разработана комплексная этапная схема диагностики, терапии и профилактики гиперпластических процессов эндометрия. Даная схема включает учет факторов риска развития ГПЭ, этапное лечение (в частности хирургическое) и профилактику рецидивов заболевания. **1 этап – лечебно-диагностический.** Ультразвуковое исследование эндометрия трансвагинальным датчиком начинается с проведения двухмерной эхографии, причем оптимальным сроком проведения исследования является 5-7 день менструального цикла у менструирующих женщин, а у пациенток постменопаузального возраста исследование проводится в любой день.

При наличии сонографических признаков патологии эндометрия при проведении трансвагинальной эхографии в 2D режиме, таких как толщина эндометрия $\geq 6,52$ мм на 5-7 день менструального, неоднородность структуры эндометрия для пациенток репродуктивного возраста; толщина эндометрия $\geq 6,66$ мм на 5-7 день менструального цикла,

неоднородность структуры эндометрия для женщин пременопаузального возраста; толщина эндометрия $\geq 4-5$ мм, неоднородность структуры эндометрия в постменопаузальном возрасте необходимо проведение трехмерной эхографии с использованием режима энергетического доплерометрии (с определением объема эндометрия, индексов васкуляризации эндометрия и коэффициентов относительной интенсивности эндометриально-маточной перфузии).

Если у пациентки репродуктивного и пременопаузального возраста при наличии эхографических признаков ГПЭ при применении двухмерного режима исследования, отсутствуют сонографические критерии постановки диагноза при использовании трехмерной эхографии с опцией энергетического доплера (объем эндометрия $\leq 1,99$ см³, VI эндометрия $\leq 2,83$, FI эндометрия $\leq 7,31$, VFI эндометрия $\geq 0,10$, ЭМКВ $\leq 0,6$, ЭМКП $\leq 0,6$, ЭМВПК $\leq 0,3$ – для репродуктивного возраста и объем эндометрия $\leq 2,74$ см³, VI эндометрия $\leq 1,35$, FI эндометрия $\leq 7,53$, VFI эндометрия $\leq 0,09$, ЭМКВ $\leq 0,6$, ЭМКП $\leq 0,6$, ЭМВПК $\leq 0,3$ – для пременопаузального возраста) исследование необходимо повторить в динамике 2-3 менструальных циклов для полного исключения гиперпластического процесса.

На этом этапе также необходимо проведение объективного гинекологического исследования, включающего осмотр в зеркалах, бимануальное влагалищное исследование, ректо-вагинальное исследование. На протяжении всего периода наблюдения выявляют факторы риска развития патологии эндометрия (ожирение, синдром поликистозных яичников и/или длительное нарушение менструального цикла, инсулиннезависимый сахарный диабет, хронический эндометрит, хрони-